



6) Жил ли кто-либо, указанный на странице 1, с кем-либо, кто подвергал его эмоциональному или физическому жестокому обращению?

Нет ____ Да ____ Если да, впишите имя члена семьи.

7) Беременна ли какая-либо из женщин, указанных на странице 1?

Нет ____ Да ____ Если да, впишите имя члена семьи.

8) Болен ли кто-либо, указанный на странице 1, заболеванием, требующим срочного медицинского вмешательства?

Нет ____ Да ____ Если да, впишите имя члена семьи.



Пришлите доказательства -- пришлите копии всех имеющихся у вас бумаг или документов. Мы скажем вам, имеете ли вы по-прежнему право на медицинское пособие DSHS! Информация, которую вы нам пришлете, не будет предоставлена INS (Службе иммиграции и натурализации). Пожалуйста, возвратите эти вопросы и все имеющиеся у вас документы в конверте с оплаченными почтовыми расходами как можно скорее или до 10 сентября 2002 г. Спасибо!

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia WA 98504-5534



ВАЖНОЕ ПРИМЕЧАНИЕ: Даже если у вас есть документы, нам нужно проверить, имеете ли вы по-прежнему право на помощь. Вы всё равно должны подать заявление в страховой план Basic Health. Если мы скажем вам, что вы можете по-прежнему получать медицинские купоны DSHS, вы можете прекратить подачу заявления в Basic Health.

Подали ли вы уже заявление в Basic Health?
Если вы не подали заявления и мы установим, что некоторые из членов вашей семьи не имеют права на медицинское пособие DSHS, хотите ли вы подать заявление в Basic Health?

Да

Нет

3

Если у вас есть вопросы, позвоните, пожалуйста, в свой местный Офис Общественного Обслуживания (CSO).
Если вы не знаете номера, позвоните по телефону
1-800-562-3022.

Медицинское
обслуживание
вашей семьи
может
измениться!

Важно!
Пожалуйста,
заполните и
возвратите до
10 сентября 2002 г.!



DSHS послал вам письмо в начале июня, в котором говорилось, что вы или член вашей семьи можете потерять медицинское пособие DSHS (купоны) 30 сентября 2002 г. Мы хотим узнать, имеете ли вы право продолжать получать купоны DSHS.

На основании имеющейся у нас информации о вас и вашей семье у нас создалось впечатление, что вы не имеете права ни на какую другую медицинскую программу. Чтобы проверить, правильно ли это, нам нужна дополнительная информация. Пожалуйста, ответьте на **Вопросы** (на страницах 2 и 3) относительно каждого нижеуказанного лица.

Примечание: Если вам нужна помощь, пожалуйста, позвоните или отнесите эту форму в свой местный CSO, чтобы вам помогли. Иногда CSO называется офисом вэлфера (welfare office) или Офисом Общественного Обслуживания (Community Services Office.)

Вопросы

Напишите имя человека, указанного на странице 1, возле каждого вопроса, который к нему относится. Обязательно включите эту информацию, даже если вы уже дали её своему CSO (офису вэлфера). Пришлите копии всех бумаг и документов, которые у вас есть.

1) Имеет ли кто-либо из указанных на странице 1 лиц иммиграционные бумаги или документы?

Нет Да Если да, впишите имя члена семьи. Пожалуйста, укажите дату, когда этот иммиграционный статус был впервые получен.

2) Родился ли кто-либо из указанных на странице 1 лиц в США или на территории США (Виргинские острова США, Пуэрто-Рико, Гуам, американские острова Самоа, остров Суэйнз и острова Северная Марина)?

Нет Да Если да, впишите имя члена семьи.

3) Есть ли у кого-либо из указанных на странице 1 лиц родитель или родители, которые стали гражданами США?

Нет Да Если да, впишите имя члена семьи.

4) Жил ли кто-либо из указанных на странице 1 лиц в США до 22 августа 1996 г.?

Нет Да Если да, впишите имя члена семьи. (Не имеет значения, приехали ли они с документами или паспортом или без них.)

5) Служил ли кто-либо из указанных на странице 1 лиц (или их супруг или родитель) в вооружённых силах Соединённых Штатов?

Нет Да Если да, впишите имя члена семьи.



6) Служил ли кто-либо из указанных на странице 1 лиц (или их супруг или родитель) в вооружённых силах Соединённых Штатов?

Нет ____ Да ____ Если да, впишите имя члена семьи.

7) Беременна ли какая-либо из женщин, указанных на странице 1?

Нет ____ Да ____ Если да, впишите имя члена семьи.

8) Болен ли кто-либо, указанный на странице 1, заболеванием, требующим срочного медицинского вмешательства?

Нет ____ Да ____ Если да, впишите имя члена семьи.



Пришлите доказательства -- пришлите копии всех имеющихся у вас бумаг или документов. Мы скажем вам, имеете ли вы по-прежнему право на медицинское пособие DSHS! Информация, которую вы нам пришлете, не будет предоставлена INS (Службе иммиграции и натурализации). Пожалуйста, возвратите эти вопросы и все имеющиеся у вас документы в конверте с оплаченными почтовыми расходами как можно скорее или до 10 сентября 2002 г. Спасибо!

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia WA 98504-5534



ВАЖНОЕ ПРИМЕЧАНИЕ: Даже если у вас есть документы, нам нужно проверить, имеете ли вы по-прежнему право на помощь. Вы всё равно должны подать заявление в страховой план Basic Health. Если мы скажем вам, что вы можете по-прежнему получать медицинские купоны DSHS, вы можете прекратить подачу заявления в Basic Health.

Подали ли вы уже заявление в Basic Health?
Если вы не подали заявления и мы установим, что некоторые из членов вашей семьи не имеют права на медицинское пособие DSHS, хотите ли вы подать заявление в Basic Health?

Да

Нет

3

Если у вас есть вопросы, позвоните, пожалуйста, в свой местный Офис Общественного Обслуживания (CSO).
Если вы не знаете номера, позвоните по телефону
1-800-562-3022.

Медицинское
обслуживание
вашей семьи
может
измениться!

Важно!
Пожалуйста,
заполните и
возвратите до
10 сентября 2002 г.!

DSHS послал вам письмо в начале июня, в котором говорилось, что вы или член вашей семьи можете потерять медицинское пособие DSHS (купоны) 30 сентября 2002 г. Мы хотим узнать, имеете ли вы право продолжать получать купоны DSHS.

На основании имеющейся у нас информации о вас и вашей семье у нас создалось впечатление, что вы не имеете права ни на какую другую медицинскую программу. Чтобы проверить, правильно ли это, нам нужна дополнительная информация. Пожалуйста, ответьте на **Вопросы** (на страницах 2 и 3) относительно каждого нижеуказанного лица.

Примечание: Если вам нужна помощь, пожалуйста, позвоните или отнесите эту форму в свой местный CSO, чтобы вам помогли. Иногда CSO называется офисом вэлфера (welfare office) или Офисом Общественного Обслуживания (Community Services Office.)

Вопросы

Напишите имя человека, указанного на странице 1, возле каждого вопроса, который к нему относится. Обязательно включите эту информацию, даже если вы уже дали её своему CSO (офису вэлфера). Пришлите копии всех бумаг и документов, которые у вас есть.

1) Имеет ли кто-либо из указанных на странице 1 лиц иммиграционные бумаги или документы?

Нет _____ Да _____ Если да, впишите имя члена семьи. Пожалуйста, укажите дату, когда этот иммиграционный статус был впервые получен.

2) Жил ли кто-либо из указанных на странице 1 лиц в США до 22 августа 1996 г.?

Нет _____ Да _____ Если да, впишите имя члена семьи. (Не имеет значения, приехали ли они с документами или паспортом или без них.)

3) Являются ли какие-либо члены семьи, указанные на странице 1, гражданами США?

Нет _____ Да _____ Если да, впишите имя члена семьи.

4) Являются ли какие-либо члены семьи, не указанные на странице 1, гражданами США?

Нет _____ Да _____ Если да, впишите имя члена семьи.

5) Жил ли кто-либо, указанный на странице 1, с кем-либо, кто подвергал его эмоциональному или физическому жестокому обращению?

Нет _____ Да _____ Если да, впишите имя члена семьи.

Подал ли этот человек заявление для получения иммиграционных документов?

Нет _____ Да _____

Статус INS и медицинское пособие, которое вы можете получать

Вы получили извещение, в котором говорится, что ваше медицинское пособие закончится. Если вы относитесь к нижеуказанной группе 1 или 2, обратитесь в свой местный Офис Общественного Обслуживания (CSO или офис вэлфера), чтобы дать им копии ваших документов, чтобы сохранить медицинское пособие! **Если вы не относитесь к группе 1 или 2, обязательно заполните заявление в программу Basic Health.**

Группа 1

Если у вас один из нижеуказанных статусов INS, вы можете сохранить своё медицинское пособие DSHS, независимо от того, когда вы въехали в США.



- Граждане США (включая детей граждан, являющихся законными постоянными жителями) и националы (лица, родившиеся на американских островах Самоа, острове Суэйнз и жители островов Северная Мариана)
- Получивший убежище
- Беженец
- Люди, депортация которых была остановлена или переселение которых было остановлено
- Законные постоянные жители, которые въехали как лица американо-азиатского происхождения (Amerasian)
- Лица, въехавшие с Кубы или с Гаити
- Американские индейцы, родившиеся в Канаде, не являющиеся гражданами

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы являетесь лицом, получившим убежище, беженцем или лицом, въехавшим с Кубы или с Гаити, вы можете сохранить своё медицинское пособие, даже если вы станете законным постоянным жителем.

Группы 2 и 3 на обороте

Статус INS и медицинское пособие, которое вы можете получать (продолжение)

Группа 2.

Вы можете сохранить своё медицинское пособие, если у вас один из нижеуказанных статусов И вы приехали в США до 22 августа 1996 г. (Не имеет значения, приехали ли вы с документами или паспортом или без них.)

- Законные постоянные жители
- Лица, которые являются условно освобождёнными из заключения, на срок не менее одного года ("public interest parolees")
- Люди (и их дети), которые подали определённые иммиграционные заявления и являются жертвами домашнего насилия
- Лица, въехавшие в страну условно (классификация для беженцев до 1980 г., а также все, въехавшие до 8/22/96)

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы входите в какую-либо из этих групп, а также являетесь военнослужащим или ветераном вооружённых сил США (включая супругов и детей-иживенцев, не состоящих в браке), вы можете сохранить медицинское пособие, независимо от того, когда вы въехали в страну.

И: Если вы въехали в США **не позднее 22 августа 1996 г.**, вы можете сохранить своё медицинское пособие, **если уже прошло пять лет с тех пор, как вы получили этот статус.**

Группа 3.

Группа 3. Если у вас нет статуса, указанного в Группе 1 или 2, - например, у вас нет документов - вы не будете иметь медицинского пособия DSHS после 30 сентября. Подайте заявление на Basic Health, однако, также сообщите в офис вэлфера, если вы относитесь к одной из следующих категорий:



- Вы беременны
- Вам требуется неотложная медицинская помощь
- Вы инвалид